

# Revisión y valoración de 5 guías de manejo de la hipertensión arterial

A. Bonet Pla, C. Sanchís Doménech, A. Dalfó Baqué, J.M. Pepió Vilaubí, M. Domínguez Sardiña, M.I. Egocheaga Cabello, I. Flores Becerra, J.M. Iglesias Clemente, A. Nevado Loro, E. Paja Fano, T. Ureña Fernández y E. Martín Riobóo

## Introducción

Actualmente existen numerosas guías, informes y consensos para el tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA). Además, en los años 2003 y 2004 se publicaron las actualizaciones<sup>1-5</sup> de muchos de los documentos más importantes por su impacto entre los médicos y otros profesionales sanitarios, con el propósito, al menos teórico, de incorporar los últimos avances en este campo.

Sin embargo, esa variedad de escritos, contra lo que pudiera pensarse, no ha servido «para ayudar a los clínicos y a los pacientes a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas», lo que constituye el objetivo de una guía<sup>6</sup>. Por el contrario, la situación incluso se ha complicado más, al haber aumentado en las últimas versiones publicadas las diferencias que se venían observando en las anteriores. A las discrepancias sobre el tratamiento existentes en los documentos de 1997, 1998 y 1999, se han añadido ahora otras, referidas a la clasificación de la HTA según las cifras de la presión arterial, a la consideración del riesgo cardiovascular de los pacientes y a las estrategias de inicio de tratamiento.

Sin duda esas diferencias en los documentos no benefician a los profesionales que deben ponerlos en práctica. Si ya de por sí resulta complicado adaptar una recomendación teórica a una situación clínica siempre más compleja, la tarea deviene casi imposible cuando el criterio a seguir no es claro, por no ser unánime o no estar mayoritariamente aceptado. La ausencia de discrepancias en las guías se menciona como uno de los atributos que influyen estadísticamente en su uso<sup>7</sup>.

¿Es la evidencia científica tan poco concluyente en este terreno como para impedir un acuerdo, o existen otras razones que expliquen las diferencias? No parece que la HTA sea precisamente el campo en el que se pueda alegar falta de estudios moleculares, genéticos, fisiopatológicos, epidemiológicos, de seguimiento, terapéuticos o farmacoeconómicos. Antes al contrario, basta realizar una búsqueda bibliográfica sencilla para que aparezcan cientos o miles de estudios de cada uno de esos aspectos de la HTA, muchos de gran calidad metodológica y de gran valor clínico. Posiblemente existan muchas razones que justifiquen las discrepancias, pero lo que resulta claro es que los documentos difieren en sus recomendaciones porque muchas guías no

están elaboradas siguiendo los criterios de calidad que los grupos de expertos han establecido<sup>8,9</sup>.

El propósito de este trabajo es realizar una revisión de 5 de las guías de manejo de la HTA más importantes y evaluar su calidad empleando una herramienta, el Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE), ampliamente aceptada<sup>10</sup>.

## Material

Se han seleccionado 5 guías de manejo de la HTA en función de la importancia que tienen para el grupo de HTA de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Las guías seleccionadas han sido la de la Organización Mundial de la Salud-Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS/ISH), la de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión, la de la Sociedad Británica de Hipertensión, la de la Sociedad Canadiense de Hipertensión y el VII Informe del Comité Conjunto Americano (JNC-VII). Se han utilizado las últimas versiones de cada una de ellas. En todos los casos las guías tienen menos de 2 años de antigüedad.

En primer lugar se ha procedido a una descripción y comentario general de cada guía. A continuación se ha realizado una evaluación sistemática de cada guía con el AGREE.

El AGREE consta de 23 ítems clave distribuidos en 6 áreas que pretenden abarcar una dimensión de calidad de la guía. Las áreas son las siguientes:

1. *Alcance y objetivo.* Considera el propósito general de la guía, las preguntas clínicas específicas y los pacientes a los que va dirigida.
2. *Participación de los implicados.* Grado en el que recoge los puntos de vista de los usuarios a los que va destinada.
3. *Rigor en la elaboración.* Proceso seguido en la recuperación de la evidencia, método para formular las recomendaciones y las actualizaciones.
4. *Claridad y presentación.* Lenguaje y formato de la guía.
5. *Aplicabilidad.* Consideración de las implicaciones de la guía de práctica clínica en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.
6. *Independencia editorial.* Reconocimiento de los posibles conflictos de interés.

Los ítems se puntúan en una escala de 4 posibilidades, desde «Muy de acuerdo» a «Muy en desacuerdo», con 2 pasos intermedios: «De acuerdo» y «En desacuerdo».

La evaluación de las guías de práctica clínica la han realizado 17 miembros del grupo de trabajo en HTA de la semFYC y se han seguido las normas de puntuación que recomiendan los autores de la herramienta.

Cada una de las guías ha sido leída por 5 evaluadores, que a continuación la han valorado con el AGREE. Cada uno de los evaluadores desconocía la evaluación del resto. En las tablas 1-3 se ofrecen las puntuaciones totales y las estandarizadas por áreas y totales.

### Resultado de la evaluación AGREE

La guía mejor valorada es la de la sociedad canadiense, ya que alcanza las puntuaciones globales más elevadas tanto de forma absoluta como estandarizada. Asimismo obtiene las máximas puntuaciones en las valoraciones por apartados, excepto en el de aplicabilidad. A continuación se sitúan la de la sociedad británica, la segunda, y a muy corta distancia la del JNC-VII, tercera, seguidas de la de las sociedades europeas y en último lugar la de la OMS/ISH. En cuanto a la recomendación, sólo la de la sociedad canadiense merece la consideración de muy recomendable. El resto de las guías son valoradas sólo como recomendables.

### Discusión

Lamentablemente no ha sido posible elaborar un documento único de todas las organizaciones que trabajan en el campo de la HTA, y eso no ha hecho sino complicar el trabajo de los médicos que deben tratar a los pacientes. Los datos de conocimiento, tratamiento y control de la HTA en España, aunque han mejorado, no son buenos<sup>11</sup>. Los porcentajes españoles están claramente por debajo de los de un país como Estados Unidos<sup>12</sup>, que carece de un sistema nacional de salud como el nuestro capaz de facilitar tratamiento a muy bajo coste a toda la población. Sin que se puedan achacar estos bajos porcentajes a la inexistencia de un documento único, es evidente que la variedad de los existentes y, sobre todo, las discrepancias entre ellos no ayudan a que los médicos conozcan con detalle las recomendaciones y las sigan<sup>13-15</sup>.

Este trabajo es el resultado de la valoración de 5 guías de manejo de la HTA de gran difusión internacional, y también en nuestro país, por un grupo de médicos de familia que trabajan en atención primaria, que conocen las limitaciones de ese medio y que son expertos en HTA. Nuestro propósito ha sido ayudar a los médicos de familia a la hora de decidir en cuál de ellas debe apoyarse. El resultado final coloca a la guía canadiense como la mejor globalmente. Si bien es cierto que esta guía es la mejor valorada en casi todos los apartados, donde destaca más es en el apartado de rigor metodológico a la hora de seleccionar la evidencia científica. El resto de las guías no alcanzan en este

apartado el 50% de la puntuación obtenida por la canadiense; en el caso de la de la OMS/ISH, no supera ni el mínimo razonable al no existir en el documento ninguna referencia al modo en que se han revisado las pruebas. Llama la atención, por el contrario, la baja puntuación que alcanzan todas las guías, excepto la del JNC, en el apartado de aplicabilidad; ésta es muy bien valorada en el ítem de costes de las recomendaciones, lo que puede obedecer a la decidida apuesta que este documento hace por el uso de diuréticos como tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes. La guía canadiense es la única que los 4 evaluadores consideran muy recomendable. En este sentido, es chocante que la guía británica, bien puntuada en general, no es recomendada por 3 de los 5 evaluadores; tal vez pueda haber pesado el esquema de selección del tratamiento, en el que se hace mención a un parámetro complejo de valorar como es la renina.

La mejor evaluación obtenida por la guía canadiense no significa que todo lo que en ella se recoge sea correcto o que se la deba seguir en todas sus recomendaciones. El hecho de que no haya alcanzado el máximo de puntuación posible ya supone la negación de ese supuesto. Como siempre, el criterio de cada médico debe ser el que seleccione la mejor opción para cada paciente individual, eso sí, conociendo la mejor evidencia disponible. Como consecuencia de lo anterior, las guías menos valoradas no resultan por ello inservibles o desaconsejadas. De hecho, los autores recomiendan casi todas, aunque sí debe hacerse constar que sus recomendaciones son menos valoradas que las de la canadiense con un instrumento objetivo.

En conclusión, de los 5 documentos evaluados mediante el instrumento AGREE, la guía canadiense es la que alcanza la valoración máxima y es por tanto la que ofrece las mejores garantías de respeto a la evidencia científica y de rigor metodológico.

En el anexo I (disponible en la versión de Internet) se incluyen los comentarios elaborados por los autores a cada una de las guías escogidas sobre el tratamiento de la HTA.

### Bibliografía

1. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Lee A, Green A, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.
2. WHO/ISH. 2003 WHO/ISH guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1983-92.
3. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1011-53.
4. Khone NA, McAlister F, Campbell N, Feldman R, Rabkin S, Mahon J, et al. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension. Part II: therapy. *Can J Cardiol*. 2004;20:41-54.

5. Williams B, Poulter N, Brown M, McInnes G, Potter J, Sever P, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society 2004 (BHS-IV). *J Hum Hypertens*. 2004;18:139-85.
6. Academic Health Sciences Network. Clinical Practice Guidelines-Definitions. Disponible en: [www.ahsn.lhsc.on.ca/guide/definitions.html](http://www.ahsn.lhsc.on.ca/guide/definitions.html)
7. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*. 1998; 317: 858-61.
8. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Development process. Disponible en: <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/methodology/index.html>
9. Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999;318:593-6.
10. The AGREE Collaboration. AGREE instrument Spanish version. Disponible en: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)
11. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 2001. *Hipertensión*. 2002;19:390-9.
12. Hajjar I, Kotchen TA. Prevalence, awareness, and control of hypertension in the United States 1998-2000. *JAMA*. 2003; 290: 199-206.
13. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths, Greenshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ*. 1998;318:728-30.
14. Munter P, He J, Roccella E, Whelton P. The impact of JNC VI guidelines on treatment recommendations in the US population. *Hypertension*. 2003;39:897-902.
15. Barry M, Carter P, James P, Ardery P. Measuring adherence to practice guidelines for the management of hypertension. An evaluation of the literature. *Hypertension*. 2004;44:602-8.